SOLICITUD PARA AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO
Family Independence Agency

Case Name						
Grantee Client ID			Case Number		Date	
County	District	Section	Unit	Worker	Other ID (as required)	

Hago por este medio la solicitud para el programa de la Ayuda de Emergencia del Estado (SER). Entiendo que la información siguiente será utilizada en la determinación de mi elegibilidad para SER.

Marque el (los) servicio(s) que usted está solicitando.

☐ SERVICIOS DE TRASLADO (renta del primer mes, atrasos de renta, depósito de seguridad, o gastos de mudanzas)	☐ SERVICIOS DE LOS PROPIETARIOS DEL HOGAR (pago de la casa, impuestos de la propiedad, renta del lote, o cobertura del seguro)
☐ SERVICIOS DE ENERGIA (desconexión de calefacción o electricidad)	☐ SERVICIOS DE UTILIDAD (combustible de cocina, agua/alcantarillado, depósitos)
☐ REPARACIONES DEL HOGAR	☐ SERVICIOS DE ENTIERRO
☐ OTRO	

¿Qué es su emergencia? (Describa brevemente la situación que causó esta emergencia.) **(AVISO: USTED TIENE QUE PROVEER PRUEBA DE INGRESO, BIENES Y EMERGENCIA.)** (Por ejemplo: aviso de desalojo ordenado por la corte, aviso de desconexión y cobro de energía actual, estimación de costos de reparación del hogar, etc.)

Anote debajo todos los miembros de su hogar; incluyendo la edad y estado de ciudadanía. Para el programa de SER, una persona es un miembro de un hogar si sus pertenencias personales están allí y es donde duerme. También incluya todos los adultos y los niños temporalmente ausentes debido a enfermedad o empleo.

Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Ciudadano? ☐ Sí ☐ No

BIENES: ¿Tiene en efectivo algunos de los siguientes bienes? Anote las cantidades. Si no tiene, anote "ninguno".

(ADJUNTE LA PRUEBA DE LAS CANTIDAD/VALOR.)

Dinero en Efectivo	Cuenta de Cheques	Cuenta de Ahorros	CD/Mercado Monet.	Acciones/Bonos	IRA/401K	Otros Bienes en EFECTIVO
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Nombre y Dirección del Banco:			Número(s) de la Cuenta(s):			

¿Propiedad que no sea hogar donde usted vive? ☐ Sí ☐ No Valor \$ _____	Anote todos los vehículos (autos, motocicletas, barcos, RV's, etc.) _____ _____ _____ _____
¿Contratos de Terrenos? ☐ Sí ☐ No Valor \$ _____	
¿Tiene usted más de un vehículo motorizado? ☐ Sí ☐ No	
¿Tiene usted algún vehículo recreativo? ☐ Sí ☐ No	
¿Tiene usted algunos otros bienes que no son en efectivos? ☐ Sí ☐ No	

INGRESOS:

Es necesario proyectar sus ingresos para los próximos 30 días. Anote todos los ingresos (ganancias, ingresos que no sean del trabajo, Seguro Social, Ingresos de Seguro Suplementario (SSI), beneficios de desempleo, etc.) de cualquier persona que reside en su hogar y espera recibir en los próximos 30 días. **(ADJUNTE LOS COMPROBANTES DE LAS CANTIDADES.)**

Nombre	Fuente	Nombre	Fuente
Fechas de Pago	Cantidad	Fechas de Pago	Cantidad
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Primas de seguro de salud que usted paga. La cantidad _____		¿Cubre cuál período de tiempo (1 mes, 3 meses, etc.)? →	
Sostenimiento de niños ordenado por la corte que usted paga (cantidad por mes, si ninguna, anote 0).		\$	
Gastos reales de cuidado de niño que usted paga, no por FIA (cantidad por mes, si ninguna, anote 0).		\$	
¿En los últimos meses, tuvo usted algún/cualquier gasto inusual relacionado al trabajo? (Si es sí, adjunte comprobante.) ☐ Sí ☐ No			
¿Recibió usted un Crédito para la Calefacción del Hogar (Home Heating Credit) en los últimos 6 meses? ☐ Sí, cantidad \$ ☐ No			

VIVIENDA/CALEFACCION/UTILIDADES: (Llene los espacios y/o anote los artículos que describen la situación de su vivienda.)

Renta \$	Hipoteca \$	Renta del Lote \$	
Impuestos de Propiedad (Anuales) Si son pagados aparte de la hipoteca \$		Seguro de Propiedad (Anuales) Si son pagados aparte de la hipoteca \$	
Nombre del Proveedor de Combustible/Calefacción	Número de la Cuenta	Nombre del Proveedor de Electricidad	Número de la Cuenta

¿Comparte su hogar algún medidor? ☐ No ☐ Sí	En mi hogar se paga por: ☐ Calefacción ☐ Electricidad ☐ Agua/Alcantarillado ☐ Otro ☐ Ningún	Mi propietario paga por: ☐ Calefacción ☐ Electricidad ☐ Agua/Alcantarillado ☐ Otro ☐ Ningún
¿Comparte su hogar gastos de vivienda con alguien más? ☐ No ☐ Sí Cantidad \$ _____		
¿Hay alguna persona que le da dinero para pagar sus cuentas? ☐ No ☐ Sí Si es sí, ¿cuánto? \$ _____		
¿Hay alguna persona que paga sus cuentas por usted? ☐ No ☐ Sí Si es sí, ¿cuánto? \$ _____ ¿Quién paga? _____		

Por favor indique el número de los miembros del hogar (H) y el ingreso total del hogar por los últimos 6 meses.

Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes
# en H					
\$	\$	\$	\$	\$	\$

¿Era usted responsable para pagar las cuentas de vivienda/calefacción/electricidad/utilidad por cualquier de los últimos 6 meses?

No Sí Si es sí, ¿qué meses y cuánto pagó?

Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes
Vivienda \$	\$	\$	\$	\$	\$
Calefa./Elec. \$	\$	\$	\$	\$	\$
Utilidades \$	\$	\$	\$	\$	\$

ENTIERROS: Si usted está solicitando servicios para entierro, favor de completar esta sección.

Nombre del Difunto		Fecha en que Murió	Fecha del entierro/cremación		
¿Es el difunto dueño de su casa? ☐ No ☐ Sí ? Si es sí, anote el valor actual: \$ _____			Dirección del Hogar		
¿Hay otro dueño? ☐ No ☐ Sí, si pone sí ?		Nombre y dirección del otro dueño			
¿Tiene el difunto cualquier cuenta del banco o de la unión de crédito: ☐ No ☐ Sí ? Balance disponible a la fecha de la muerte: \$ _____					
Nombre del banco/unión de crédito			Dirección:		
¿Es el difunto dueño de algunos vehículos? ☐ No ☐ Sí, si es sí, ?		Anote el Tipo, Modelo y Valor de cada vehículo.			
¿Hay algunas pólizas de seguro de vida del difunto? ☐ No ☐ Sí, si es sí, anote la cantidad: \$ _____			¿Hay un contrato de entierro prepago? ☐ No ☐ Sí, si es sí, anote la cantidad: \$ _____		
¿Recibirá el(la) esposo(a) del difunto un Beneficio de Seguro Social de Muerte? ☐ No ☐ Sí, si es sí, anote la cantidad: \$ _____			¿Cuál es su parentesco legal con el difunto?		
Nombre de la funeraria manejando el entierro/cremación:		Dirección:	# de Teléfono:		
¿Usted firmó una Declaración de Mercancías Fúnebres y Servicios con la funeraria? ☐ No ☐ Sí		¿Cuál es el costo total del entierro/cremación?	¿Hay un servicio conmemorativo? ☐ No ☐ Si		
¿Es una cremación? ☐ No ☐ Sí		¿Hay una contribución de la familia y/o de amigos? ☐ No ☐ Sí Cantidad \$ _____	¿Era veterano el difunto? ☐ No ☐ Sí		
Lugar del entierro:					
<p>Entiendo que falta de proporcionar la información arriba mencionada puede resultar en la negación de mi solicitud. Entiendo que el dar información falsa puede resultar en ser dirigido al fiscal para ser enjuiciado por fraude. Entiendo que mi solicitud puede ser una de las que se escogen para una investigación completa, y un representante de la agencia puede llamar a mi hogar y puede comunicarse con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.</p> <p>Bajo penalidades del perjurio, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída a mi, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos. Si soy una tercera parte solicitando sobre nombre de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída al solicitante, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos.</p>					
Firma del Solicitante		Fecha	Firma de Esposo/a		Fecha
Dirección Actual			Firma del Especialista de FIA		Fecha
Número de Teléfono Actual			Identificación del Solicitante		

AUDIENCIAS:

Si usted cree cualquier acción de la Agencia es ilegal, o si la decisión para aprobar o para negar su aplicación no se toma dentro de 10 (diez) días de la fecha de la solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia. Una solicitud de audiencia debe ser por escrito, firmada por usted o su representante autorizado, y recibida por Family Independence Agency dentro de los 90 días que siguen la fecha de esta forma. Las solicitudes de audiencia se deben enviar a su FIA local. Ud. tiene derecho a la representación por un abogado u otra persona de su opción. Sin embargo, esta Agencia no paga ningún costo legal.

Notas de Documentación del Trabajador(a):

AUTORIDAD: Acta 280, P.A. 1939, como enmendado (secciones 400.6, 400.14, 400.24, 400.68 MCL); 45 CFR 283, 120(b); Low Income Home Energy Assistance Acta de 1981, como enmendado; MCL 400.10; Administrative Codes Rules 400.7001-400.7049	Family Independence Agency (FIA) no discrimina contra ningún individuo c grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de FIA en su condado.
TERMINACION: Requerido	PENALIDAD: Negación de SER.